Rok XXXI. Kraków, 11 Czerwca 1892. Nr. 24.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Przyczynek do chirurgii żołądka.

Gastroenterostomia wykonana szwem płytkowym Senna za pomocą płytek z brukwi własnego pomysłu. — Wyleczenie.

Podał

Dr. Roman Barącz (we Lwowie).

Nie możemy zaprzeczyć, że Senn przez wprowadzenie szwu płytkowego do chirurgii żołądka i jelit zmienił niektóre operacyje żołądkowo-jelitowe na bardzo proste. Jednak musimy przyznać, że sporządzenie płytek Senna z kości wymaga zbyt wiele czasu (od 4—5 tygodni), co też przeszkodziło rozpowszechnieniu jego metody. Argumenta Dra Chaput[1]) w jego najnowszem dziele z zakresu chirurgii żołądkowo-jelitowéj, że szew płytkowy stanowczo należałoby porzucić, są zupełnie niesłuszne, również twierdzenie Reichela[2]) i Salzera[3]), gdyż doświadczenie kliniczne wykazuje, że śmiertelność po gastroenterostomii po wprowadzeniu ogólnem w Anglii i Ameryce metody Senna znacznie się zmniejszyła i spadła z 47% a wzgl. 42% do 24·5%[4]).

Wyższość metody Senna w gastroenterostomii nad dawnym sposobem wykonania jest więc jasna.

Na podstawie moich doświadczeń na zwierzętach wykazałem, że brukiew surowa (po łac. *Brassica Napus, variet. rapifera, typ. Cruciferae*, po niem. *Kohlrübe, Erdkohlrabi, Wrucken*) jest dobrym, łatwo nabyć się dającym materyjałem, z którego można wyciąć w przeciągu minuty odpowiednie płytki, zupełnie podobne do płytek Senna i że płytków tych bez szkodliwych następstw użyć można przy wykonaniu każdéj enteroanastomozy.

Ponieważ i na człowieku zastosowałem je z wielką korzyścią, niechaj mi wolno będzie podać do wiadomości odnośny przypadek. Jestto pierwszy przypadek gastroenterostomii wykonanéj zapomocą szwu płytkowego Senna na człowieku. Przypadek był pokrótce następujący:

Jan Lewicki, architekt z Tarnopola liczący lat 60, poprzednio zupełnie zdrów, zaczął doznawać od 8 miesięcy dolegliwości żołądkowych: nudności, wymioty często fusowate występujące zazwyczaj w pół godziny po jedzeniu i zaparcie stolca. Prawie w tym samym czasie zauważył chory guz w brzuchu w okolicy pępka. Stolce bywają ciemno zabarwione. Badanie w dniu przyjęcia chorego wykazało: mężczyzna dość dobrze zbudowany, bardzo źle odżywiony, bardzo niedokrewny, o ziemistéj cerze twarzy. Brzuch zapadły, w okolicy żołądka jednak wzdęty. W okolicy pępka widzieć można w położeniu leżącem chorego guz wystający. Przy palpacyi znaleziono w brzuchu, w okolicy pępka guz wielkości jaja gęsiego, nierówny, bardzo twardy, jednak ruchomy we wszystkich kierunkach. Guz ten leży na poprzek w brzuchu tj. jest równoległy do osi żołądka. Gruczoły pachwinowe, nadobojczykowe, ani też kreskowe nie są powiększone. Arytmia serca, bez zmian w przyrządzie zastawkowym. Inne narządy prawidłowe.

W przededniu operacyi podano choremu olej rącznikowy, zaś w dniu operacyi wypłukano żołądek ciepłym roztworem kwasu borowego. Do operacyi przystąpiłem[1]) dnia 7 maja 1892 przy łaskawym udziale prymaryjusza oddziału Dra p. Ziembickiego i łaskawéj pomocy Drów: Mukowicza, Sobolewskiego, Uricha, Papéego i Riwczesa. Cięcie brzuszne 12 cm. długie poprowadzono w linii białéj, rozpoczynając je na kilka centymetrów powyżéj pępka, a kończąc na kilka palców poniżéj tegoż. Po wprowadzeniu ręki do jamy brzusznéj przekonano się, że nowotwór jakkolwiek ruchomy zajmował okolicę odźwiernika i przechodził na znaczniejszéj przestrzeni na tylną ścianę żołądka. Guz znaleziono bardzo twardy, prawie wielkości pięści dorosłego mężczyzny. W obec tak znacznego guza i wobec znacznego osłabienia chorego przystąpiono do gastroenterostomii. Sieć wielką i okrężnicę

[1]) Chaput: *Technique et indications des operations sur l'intestin, l'estomac et les voies biliaires.* Paris 1892. Str. 62 i 63. — [2]) Reichel. *Münchener med. Wochenschrift* 1890, Nr. 11. — [3]) Salzer. *Bericht über die Verhandlungen der deutschen Gessellschaft für Chirurgie, XX Congress. Beilage zum Centralblatte für Chirurgie* 1891, Nr. 26. str. 120. — [4]) Podług mego własnego obliczenia.

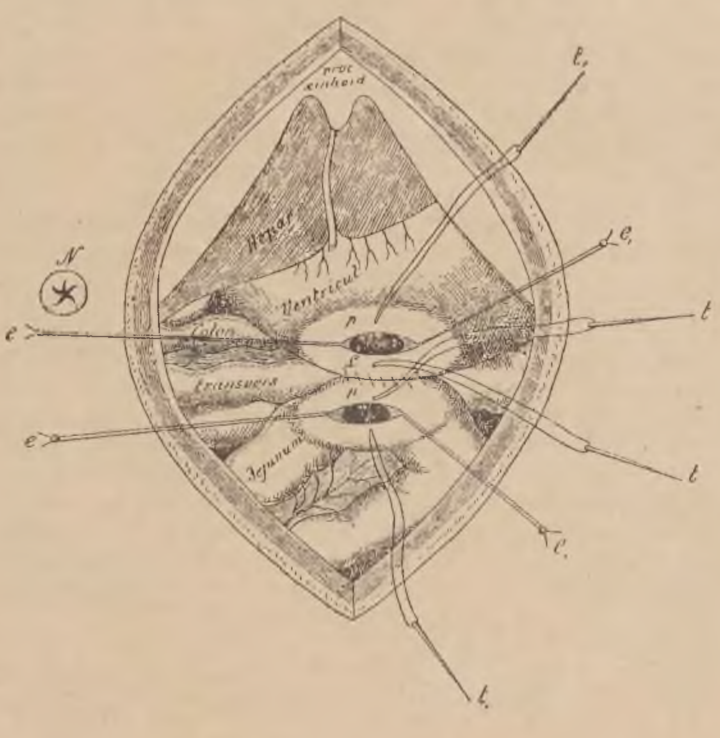
[1]) Oddział chirurgiczny szpitala powszechnego we Lwowie.

poprzeczną stosunkowo wąską podniesiono, napięto śródjelicie poprzeczne, z wielką łatwością wyszukano fałd dwunastnicowo-jelitowy i dwunastnicę. Pętlę na jakie 50 cm. poniżéj tegoż miejsca położoną wybrano do anastomozy z żołądkiem. Jelito skręcono tak, że ramię odwodzące zwrócono w stronę prawą (położenie Rockwitza).

Dotychczasowy akt operacyi wykonał Dr. Ziembicki, gastroenterostomię zaś wykonałem sam w sposób następujący.

Najpierw wyszukałem mało unaczynione miejsce w przedniéj ścianie żołądka i w odległości około 5 cm. od granic nowotworu przeciąłem pomiędzy palcami asystenta nożyczkami wszystkie ściany żołądka rownolegle do długiéj osi tegoż. W ranie żołądka podwiązałem jedną tętniczkę. W ranę tę około 3 cm. długą wprowadziłem wielką płytkę z brukwi. Wymiary płytki były następujące: grubość 0·5 cm., długość 7·5 cm., szerokość 3·5 cm. Otwór centralny płytki był 3 cm. długi, a $^3/_4$ cm. szeroki. Rana w żołądku była zatem nieco krótszą od szerokości płytki, jednak płytka przez ściśnięcie w wymiarze poprzecznym dała się łatwo wsunąć do żołądka. Ustaliwszy płytkę w żołądku przez napięcie szwów płytkowych tak, że oś długa płytki odpowiadała ranie w żołądku, obszyłem dokoła ranę żołądkową szwem kuśnierskim z katgutu, tj. zbliżyłem naokoło rany błonę śluzową żołądka do surowiczéj. Teraz przeszyłem szwy płytkowe utwierdzające przez wszystkie ściany żołądka po obu brzegach rany żołądkowéj. Oddawszy ranę żołądkową w ręce asystenta, utworzyłem fałd poprzeczny w jelicie czczem, ciągle trzymanem w położeniu Rockwitza, przeciąłem je nożyczkami w długości 3 cm. w kierunku podłużnym, wprowadziłem do jelita i ustaliłem drugą zupełnie taką samą płytkę. Uskuteczniwszy skaryfikacyję błon surowiczych obu narządów ostrzem skalpela, założyłem rzadki szew kuśnierski na błonach surowiczych na wewnętrznych brzegach (do siebie zwróconych) płytek, następnie asystent zbliżał obie plytki do siebie, a ja związalem najpierw wewnętrzne (do siebie zwrócone) szwy płytkowe ustalające. Przy wiązaniu ostatniéj pary szwów wsunąłem zgłębnikiem do środka błony susowicze. Wszystkie końce szwów płytkowych ucięto krótko i wsunięto pomiędzy błony surowicze. Wreszcie po związaniu wszystkich nitek płytkowych założono rzadki szew kuśnierski na błonach surowiczych na przednich brzegach płytek; zbliżono zatem w ten sposób dokładnie błony surowicze. Po oczyszczeniu miejsca anastomozy reponowano je i zaszyto powłoki brzuszne szwem głębokim wałeczkowym i szwem kuśnierskim.

Fig. I.



Cała operacyja trwała zaledwo 3 kwandranse. Po operacyi lekki zapad; wstrzyknięto podskórnie eter i podano tra opii, lewatywy odżywcze z wina, mleka, rosołu, cognacu 3 razy dziennie przez 5 dni. Dla zaspokojenia pragnienia podawano kawałeczki lodu.

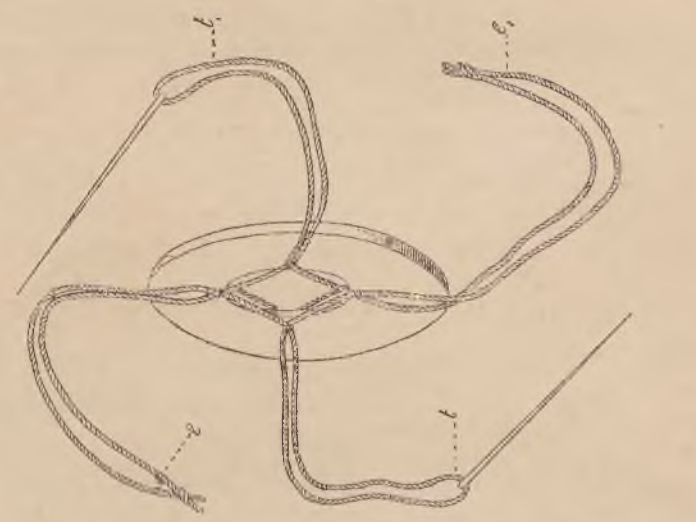
Przebieg zupełnie prawidłowy, bezgorączkowy; ciepłota nie podniosła się ani razu ponad 37·5. Wymioty zupełnie ustały. Pierwsze wypróżnienia drugiego dnia po operacyi,

Od 9/V podawano choremu płynne, póżniéj napółpłynne. a od 11/V stałe pokarmy. Szwy głębokie usunięto 13/V a powierzchowne d. 20/V.

Dnia 13/V tj. w 6 dni po operacyi znaleziono w rzadkim stolcu kilka kawałków niezupełnie strawionéj brukwi.

Dnia 14/V znaleziono w stolcu większy kawałek niestrawionéj płytki (prawie $^1/_2$ płytki). Kawałki te były zupełnie miękkie, do ugotowanéj marchwi podobne.

Fig. II.



W przypadku powyżéj opisanym odstąpiłem pod dwoma względami od przepisów podanych przez Senna; skaryfikowałem powierzchnie surowicze skalpelem, a nie igłą odrażoną, jak Senn poleca i użyłem płytek z brukwi zamiast płytek z kości odwapnionéj.

Uskutecznienie skaryfikacyi powierzchni surowiczych skalpelem polecam dlatego, ponieważ przy moich doświadczalnych gastroenterostomiach i ileostomiach zrosty błon surowiczych, po użyciu skalpela do skaryfikacyi, były nadzwyczaj silne. Nadto doświadczenia J. D. S. Davisa [1]) wykazały, że zrosty błon surowiczych po wykonaniu skaryfikacyi powierzchni tychże igłą aseptyczną nie są tak silne, jak po wykonaniu skaryfikacyi nożem aseptycznym albo łyżeczką ostrą.

Zupełnie nie zgadzam się ze zdaniem Josseta [2]) który twierdzi, że skaryfikacyje powierzchni błon surowiczych w zakresie płytek są zbyteczne i mogą być szkodliwe.

Jesset nie wykonywał wcale skaryfikacyj ani przy swoich doświadczeniach, ani przy 5 gastroenterostomiach, ani też przy wykonaniu gastroenterostomii wraz z resekcyją odźwiernika i nigdy nie żałował tego. Autor ten twierdzi, że przez zastósowanie skaryfikacyj chory jest narażony na niebezpieczeństwo infekcyi właśnie z powodu uszkodzenia powierzchni surowiczych, podczas gdy nieuszkodzone powierz-

[1]) F. Bowreman Jesset: *The surgical diseases and injuries of the stomach and intestines. London* 1892 str. 241. — [2]) John D. S. Davis. (Birmingham, Alabama). *An experimental study of intestinal anastomosis. The Times New. York and Philadelphia.* January 25, February 1, 1890 str. 74 i nn.

chnie surowicze są wolne od infekcyi (!?). Celem udowodnienia zbyteczności skaryfikacyj przytacza autor ten jako dowód gastrostomię i kolostomię pachwinową, po których obfita wydzielina limfy na powierzchniach surowiczych występuje już w godzinę po wykonaniu operacyi.

Co do zakażenia drogą powierzchni surowiczych skaryfikowanych, to takowe stanowczo da się wykluczyć, gdyż ani w moich licznych (25) doświadczeniach, ani w doświadczeniach Senna i innych autorów, ani też w żadnym przypadku tą metodą dotychczas wykonanych gastroenterostomij (42) na człowieku takowe nie miało miejsca.

Natomiast luźne doświadczenia Davisa [1]) stanowczo przemawiają za energiczną skaryfikacyją błon surowiczych naokoło miejsca anastomozy, a przedewszystkiem za skaryfikacyją za pomocą skalpela.

Davis wykonywał na jednym i tym samym psie potrójne anastomozy jelit równocześnie (za pomocą swoich matów katgutowych) a przy każdéj anastomozie inaczéj postępował z błonami surowiczemi i przy pierwszéj anastomozie wcale nie skaryfikował powierzchni surowiczych, przy drugiej skaryfikował je igłą odrażoną, a przy trzeciéj pozbawiał je nabłonka skalpelem. We wszystkich doświadczeniach zauważył Davis, że zrosty były najsłabsze w enteroanastomozach, w których wcale nie skaryfikował powierzchni surowiczych, silniejsze zrosty napotykał przy anastomozach, w których powierzchnie surowicze skaryfikował igłą, a najsilniejsze po skaryfikacyjach skalpelem. Przy ostatnich anastomozach zlepy powierzchni surowiczych już po 12 godzinach były tak silne, że przy rozrywaniu tychże naddzierała się ściana jelita.

Jeżli uwzględnimy, że płytki z kości zbyt odwapnionéj mogą przy gastroenterostomii zbyt wcześnie uledz resorbcyi, że szwy mogłyby się przypadkowo rozluźnić, musimy stanowczo starać się o wczesne zlepy, co tylko po zastosowaniu skaryfikacyi skalpelem możemy osiągnąć.

Co do materyjału przezemnie użytego, to takowy wydaje mi się najstosowniejszym do zastąpienia płytek Senna z kości odwapnionéj i przewyższa inne materyjały zastępcze, jak pierścienie katgutowe Abbégo, pierścienie ze struny basowej i drenu Matasa, pierścienie Brokawa z drenu i katgutu, waty i płytki katgutowe Davisa, płyty gumielastyczne Robinsona i płyty z surowéj skóry Robinsona. Pierścienie z brukwi mają kształt zupełnie podobny do płytek Senna, zbliżają zatem szeroko powierzchnie surowicze, są odpowiednio twarde, szwy zatem się nie wyrywają i nie przerzynają ścian tychże, nie zmieniają się pojemności w przewodzie pokarmowym, nie mogą przeto wywolac zgorzeli uciskowéj, a ulegając strawieniu stosunkowo późno (w moim przypadku kawałki płytek odeszły 6 i 7-go dnia), stosunkowo długo przybliżają do siebie odpowiednie powierzchnie surowicze. Główną korzyścią płytek przemnie poleconych jest szybkość, z jaką się dają sporządzić.

Objaśnienie rysunku I-go:

t t wewnętrzna szwów płytkowych utwierdzających (fixation sutures) przygotowanych do związania.
t, t, zewnętrzna para szwów płytkowych utwierdzających.
e e — *e, e,* obie pary szwów płytkowych końcowych (end sutures).
L szew kuśnierski zbliżający błony surowicze żołądka i jelita czczego na wewnętrznych brzegach płytek.
p płytka w żołądku ustalona.
p, płytka w jelicie czczem ustalona.
N pępek.

Objaśnienie rysunku II-go:

Płytka z brukwi lub kości odwapnionéj Senna uzbrojona niemi.
e e, szwy końcowe.
t t, szwy boczne czyli ustalające.

[1]) l. c.

II. O blednicy (*chlorosis*) i jej leczeniu.

Wykład miany na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniach 16 marca i 27 kwietnia b. r.

Podał

Prof. Dr. Gluziński.

(Dok. Patrz Nr. 23).

Wówczas na podstawie podwyższonéj ciepłoty, wejrzenia krwi, niepomyślnego zejścia, rozpoznałem: *„Anaemia perniciosa“* — zaliczyłem ten przypadek do téj jednostki chorobowéj stworzonéj przez Biermera, która jak wiemy z biegiem czasu staje się coraz szczuplejszą, w miarę jak poznajemy etyologię. Dziś już wiemy, że obraz taki sam sprowadzić mogą pewne stany żołądka z zanikiem bł. śluzowéj (przypadki Nothnagla, Henryego i Oslera, Vinicicutta i innych obecność w przewodzie pokarmowym pewnych pasorzytów, n. p. *Botriocephalus latus, Anchylostomum duodenale*, a po wyłączeniu tych pozostaje jeszcze pojęcie, które w przyszłości w miarę poznawania przyczyn rozpadać się będzie. Dziś wiedząc o tem, że w blednicy gorączkować można i to nieraz dość wysoko, nie wolno każdy przypadek, dlatego że jest gorączka, zaliczać do niedokrewności złośliwéj; różnic wybitnych krwi też dotąd nie znamy, bo zdanie, że w niedokrewności złośliwéj jest *oligocytämia* bez względnéj *oliyochromämii*, bardzo jest pojęciem luźnem tak, że i w przypadku dopiero co opisanym można sobie zadać pytanie, dlaczego to ma być *„anaemia perniciosa essentialis“*, czy dlatego, że się śmiercią skończyła? Dwa lata trwa blednica, wśród momentu psychicznego i wskutek urazu nastaje pogorszenie tego stanu stale doprowadzające do śmierci; tu można dwa przypuszczenia robić, albo blednica, naturalnie wyjątkowo rzadko, może przyjąć obraz niedokrewności złośliwéj, co mi się wydaje prawdopodobniejszem, (byłby to znów wyłom w téj jednostce postawionéj przez Biermera) albo, że blednica może przejść w niedokrewność złośliwą jak to chcą niektórzy lekarze angielscy i amerykańscy np. Henry[19]), Forchheimer[20]) i i. Sprawa to jeszcze otwarta, fakt pozostanie jednak faktem, że zdarzają się przypadki, jak co dopiero opisany, które rozwiązania kwestyi czekają.

Dłużéj nad objawami blednicy zastanawiać się nie będę, wyczerpanie ich nie było moim celem i z góry się zastrzegłem; skreśliłem tylko, wtrącając mimochodem uwagi rozpoznawcze, główne grupy przypadów, aby stworzyć sobie podstawę do skreślenia zasad leczenia blednicy.

III.

Jak w leczeniu każdego stanu chorobowego, tak i w blednicy pierwszem zadaniem naszem jest usunięcie przyczyny wywołującéj chorobę, gdzie to tylko możliwe. Rozwodzić się nad tem nie potrzebuję, jak również nad sposobami, w jaki tego dokonać mamy. Drugie zadanie, to leczyć chorobę, zadość uczynić *indicationi morbi*, w blednicy zatem podać przetwory

żelaza, dostarczyć tlenu, a więc świeżego powietrza, dostarczyć materyjału budowlanego, a więc dobrze żywić. To byłby schemat, który nieraz wystarczy, szczególnie w typie prostym błednicy. W przypadkach jednak dalej posuniętych, gdy mamy już typ sercowy, trawieńcowy lub mięszany, schemat ten nie wystarczy i tu obok leczenia przyczynowego, swoistego wstąpi w swe prawa leczenie przypadowe i niema może stanu chorobowego, w którymby wypełnienie tych wszystkich wskazań tak się łączyło i prowadziło do wspólnego celu, t. j. prawidłowego stanu ustroju, jak w blednicy.

Z góry zaznaczam, że nie myślę kreślić szczegółowego traktatu o leczeniu, wdawać się w ocenianie rozmaitych projektów takowego, a mam zamiar tylko skreślić Panom kilka zasad postępowania, jakich się trzymać nauczyło mnie doświadczenie. Postępowanie moje jest następujące. Stwierdziwszy, że mam przed sobą blednicę, w pierwszym rzędzie zwracam uwagę, czy nie mam przypadów ze strony krążenia takich, któreby kwalifikowały przypadek badany do typu sercowego. Znalazłszy odpowiednie przypady (znacznie przyspieszone tętno, wzmagające się w liczbę przy ruchach, rozszerzenie prawéj komory) zalecam spokój. Zależnie od stopnia zmiany, warunków, wśród jakich pacyjentka żyje, pory roku, wykonanie tego polecenia jest rozmaite. Skala względnie szeroka, od ograniczenia wychodzeń, zwłaszcza po schodach, unikanie wszelkich więcéj męczących ruchów, np. tańców, wycieczek, ślizgawek, aż do leżenia w łóżku. Stopień tego ograniczenia stosownie do przypadku i stopnia zmiany, ściśle określić należy, indiwidualizowanie ma tu pełne znaczenie, bo jak dla jednego przypadku i zakazanie tańców, spacerów i t. d. jeszcze będzie za mało, a tylko łóżko wskazane, to niekorzystnie byłoby lekkie przypadki typu sercowego kłaść znów odrazu w łóżko. Zalecanie tego spokoju fizycznego w przypadkach typu sercowego, a spotykamy się z niemi tak często, uważam za kardynalny punkt leczenia i kładę szczególny nacisk zwłaszcza wobec pojęć odmiennych, jakie się z biegiem czasu utarły a między publicznością powszechnie panują.

Dzięki tym pojęciom ileż razy zdarzyło się Panom widzieć pacyjentki dotknięte wysokim stopniem blednicy i to z typem sercowym, które mimo próśb swoich muszą odbywać codzienne spacery, chociaż im w łóżku dopiero dobrze, a z drugiéj strony ileż w tym kierunku nadużyć dzieje się w miejscowościach kąpielowych, dokąd blednicowe się udają, jeżeli lekarz z całą ścisłością przepisów nie wyda. Błędów tu może być bez miary, od spacerowania godzinami z kubkiem w ręku dla wypicia wody, do popołudniowych wycieczek na pobliskie lub dalsze wierzchołki, a wieczorem czasami kilkugodzinne tańczenie. A z doświadczenia własnego mogę powiedzieć, co znaczy takie przekroczenie polecenia spokoju, że jedna taka wycieczka, jeden przetańczony wieczór, niszczy nieraz całą poprawę kilkutygodniową, najsurowszem zachowaniem się zdobytą, jak z drugiéj strony mogę powiedzieć, że przestrzeganie spokoju daje wyniki bardzo dobre. W oczy wpadającą poprawę widziałem szczególnie w przypadkach daleko posuniętych, gdziem polecał leżenie w łóżku, i to nie tylko pod względem przypadów sercowych, ale poprawy łaknienia, wydalania stolca, a jeżeli był stan podgorączkowy, ten przy leżeniu najczęściéj w kilka lub kilkanaście dni mijał; wyjątkowe to przypadki, gdzie trwał on miesiąc lub dwa, jak z drugiéj strony jużem wyżéj wspomniał, że zawczesne pozwolenie wykonywania ruchu odbijało się nieraz wystąpieniem napowrót stanu podgorączkowego. Leżenie to w łóżku trwa od 2 do kilku tygodni, potem przechodzę stopniowo do trybu życia dla lżejszych przypadków. Aby i w tych jak najwięcéj dać spokoju, polecam ranne późne wstawanie, wczesne kładzenie się do łóżka, a wśród dnia kierowanie się po części własnem uczuciem potrzeby spoczynku. W miarę poprawy dopiero pozwalam na większy ruch, a dodaję odrazu, że wszelkie forsowniejsze ruchy o ile możności jak najdaléj odsunięte być powinny, zwłaszcza w formach ciężkich, gdy jest silna konstytucyjonalna przyczyna, bo doświadczenie uczy, że w tych przypadkach nieraz co zachowanie odpowiednie latem i jesienią osiągnęło, kilka tańców karnawałowych zepsuje zupełnie.

Spokój ten łączyć należy z używaniem dobrego powietrza, aby dowóz tlenu był jak najobfitszy, daje się to osiągnąć dla większéj części pacyjentek przeważnie w lecie, zamożniejsze i w zimie przebywć mogą w odpowiednim klimacie, przez siedzenie w ogrodach, lasach, lub leżenie w hamakach, a z pewnością, że górskie powietrze tu na pierwszeństwo zasługuje, wysyłanie zatem do uzdrojowisk tam położonych jest wskazane, byle były warunki do przebywania na powietrzu z zachowaniem spokoju (balkony, werandy, ławki, miejsca na hamaki).

Wśród tego podawane żelazo w tych przypadkach wywiera dopiero swoisty swój wpływ, a nie jak twierdzi Immermann [21]), kładąc całą wagę na żelazo, a co do innych szczegółów mówiąc: *„Ich gestehe, dass ich Chlorotischen in der Regel vollen freien Willen in Bezug auf die Wahl der Nahrung, wie das Mass körperlicher Bewegung zu lassen pflege“*. I tą drogą dochodzi się do celu, ale nie zawsze i nie w tych przypadkach, o których mówimy, t. j. należących do typu sercowego.

A teraz słów kilka o postępowaniu w przypadkach typu trawieńcowego (*chlorosis dyspeptica*). Przypady jakie tu spotykamy, będące następstwem blednicy, w znacznéj części ustępują po leczeniu swoistem t. j. po podaniu żelaza, ponieważ jednak przypadom tym, np. żołądkowym, towarzyszą pewne już zboczenia w czynności żołądka, t. j. upośledzenie funkcyi mechanicznéj a nieraz i chemicznéj, z tego powodu wymagają one uwzględnienia w leczeniu obok równoczesnego podawania żelaza lub bez takowego, jeżeli pacyjentki żelaza nie znoszą, co w tym typie blednicy nieraz się zdarza. Przewidzieć naprzód, kiedy to ma miejsce, prawie niepodobna. Z doświadczeń, jakie w tym celu przeprowadziliśmy wspólnie z kol. Buzdyganem w klinice prof. Korczyńskiego, a które później ogłosimy, możemy przeważnie powiedzieć tylko, dlaczego się to dzieje, bo doświadczenia te wykazały, że żelazo w żołądkach z upośledzoną funkcyją mechaniczną długo pozostaje w znacznéj ilości, np. po dawce 0·20 *Ferr. hydrag. reduct.* jeszcze go po 3—4 godzinach wykazać je można w treści żołądkowéj i to w rozpuszczeniu, jeżeli oddziaływanie kwaśne, — jako proszek ciemny nie zmieniony, przy oddziaływaniu obojętnem lub słabo kwaśnem; nadto żelazo okazało tę własność, że w pewnéj liczbie i to znaczniejszéj pobudza wprost do wydzielania HCl większego i dłużéj trwającego; jest to pożądanem nieraz, w przypadkach jednak z nieprawidłowo wygórowaną kwasotą działać musi szkodliwie. Jeżeli więc *a priori* o pewnych przypadkach możnaby powiedzieć, bez badania treści żołądkowéj, że żelaza nie zniosą, to o tych z nadmierną kwasotą, bo one dają nam podmiotowe pewne objawy, po których poznać

je można, a mianowicie odbijania smaku kwaśnego połączone ze zgagą, bóle nieraz w jakiś czas po jedzeniu, uczucie głodu, którego zaspokojenie po pewnym czasie sprowadza przykre objawy (gniecenie, odbijania kwaśne), czasami pragnienie.

Szczególnie więc w tych przypadkach, które żelaza nie znoszą, na pierwszy plan wystąpić musi leczenie przewodu pokarmowego, swoją drogą i w przypadkach, które żelazo znoszą a przypady żołądkowe trwają, na takowe należy zwrócić uwagę. Punktem wyjścia musi tu być fakt stwierdzany najczęściéj, t. j. upośledzenie funkcyi mechanicznéj, sprowadzającéj zaleganie pokarmów w żołądku. Z powodu tego zasługuje na uwagę uregulowanie dyjety i w takich razach nie można zostawić *„vollen freien Willen in Bezug auf die Wahl der Nahrung"*, jak to chce Immermann, owszem należy oznaczyć jakość, ilość i czas pożywienia. Pokarmy powinny być złożone z takich, które są najstrawniejsze, przeważnie białkowate z pominięciem naturalnie ile możności tych, które jak doświadczenie uczy, albo odbierają łaknienie (słodycze) lub pozostają najdłużéj w żołądku (pokarmy skrobiowate i tłuszcze). Jest to zasada, od któréj nieraz wyłom musimy robić, wobec np. wstrętu nieprzezwyciężonego pacyjentki. Za korzystne uważam z tego samego powodu również ograniczenie używania płynów, np. wody, mianowicie w większéj ilości naraz; zwracam zwłaszcza na to uwagę, jeżeli mogę wykazać obniżenie dolnéj granicy żołądka. Większe ilości płynów działają bowiem niekorzystnie przez mechaniczne ciśnienie na dolną ścianę żołądka, zwiększając przypady — i to jest przyczyną, dlaczego np. niektóre pacyjentki znoszą w innéj formie żelazo, byle nie w postaci kilku kubków wody mineralnej. Przy oznaczaniu ilości kierować się winniśmy stopniem łaknienia, w miarę poprawy ogólnéj ilość pacyjentka sama zwiększy — i za błędne uważam trzymanie się bezwzględnie zasady „forsownego żywienia". Aby unikać obciążenia, ilość naraz wprowadzonego pokarmu powinna być skąpsza, a często dostarczana. Obok uregulowania dyjety w przypadkach tych uciekam się do podawania w małéj ilości wody karlsbadzkiéj i Vichy zwłaszcza w przypadkach, które mi się przedstawiają jako połączone z nadmiernem wydzielaniem HCl, stosuję je albo przed podaniem lub nieraz i obok żelaza. W leczeniu tem miałem poprzednika, a mianowicie Petita, który w r. 1850 zachwalał podawanie wód Vichy w błednicy, swoją drogą z przesadą i bez wskazań, bo twierdzi, że mało jest chorób, w których skutek wód Vichy byłby pewniejszy niż w błednicy. Wychodząc z zasady, że bardzo częstym punktem wyjścia zboczeń trawienia w błednicy jest upośledzenie funkcyi mechanicznéj a ztąd zaleganie pokarmów w żołądku, najracyjonalniejszem byłyby przepłukiwania żołądka codzienne. Takowych dokonywaliśmy z kol. Buzdyganem [8]) w dość znacznéj liczbie przypadków, o których szczegóły podaliśmy w Przegl. Lek., dziś tylko wspominam, że z wynikiem bardzo dobrym. Wiem, że w wielu przypadkach szczególnie praktyki prywatnéj jestto dziś jeszcze niemożliwem, w każdym razie o tem wiedzieć należy, aby w razach uporczywych, szczególnie gdzie rozszerzenie żołądka jest znaczniejsze, gdzie zawodzą inne postępowania wyżéj podane, uciec się do przepłukiwań żołądka. Spostrzeżenia te nasze poparł Pick [22]) z kliniki Nothnagla.

Obok funkcyj żołądka uwagę naszą zająć musi czynność jelit, t. j. niedowład takowych. Regularne wypróżnienia u błednicowych to, jak wiemy, konieczny warunek pomyślnéj kuracyi, a cel mamy tu podwójny, raz wydalenie rozkładowych istot gnijącego białka zapobiegając niejako samozakażeniu, z drugiéj strony wiemy z fizyjologii, że ruch robaczkowy jelit korzystnie wpływa i na ruch samego żołądka, co w błednicy, jak wyżéj wspomniałem, nie jest obojętnem. Dla osiągnięcia tego celu używam środków wypróżniających roślinnych (*rheum, cascara sagrada, pulv. liquir. comp.*), a środkiem utrwalającym stan jest mięsienie (massage), które i do ruchu pobudza jelita i ma na celu zjędrnienie samych powłok brzusznych. Mówiąc o mięsieniu dodać winienem, że takowego nie należy stosować, jeżeli równocześnie mamy wysoki stopień typu sercowego; ma to bowiem, jak mnie doświadczenie nauczyło, niekorzystny wpływ na krążenie. — Przy typie czysto trawieńcowym (*chlorosis dyspeptica)* całe co dopiero podane postępowanie stosować będziemy wśród używania odpowiedniego ruchu, stopień tego ruchu ograniczać będziemy aż do zupełnego spokoju, w miarę jak równocześnie będziemy stwierdzać mniejsze lub większe przypady ze strony serca, odpowiadające typowi sercowemu błednicy — czyli w miarę jak będziemy mieli do czynienia z typem mięszanym.

Utartem jest, że pielęgnowanie skóry w błednicy jest ważnym czynnikiem leczniczym. Ztąd od dawna stosujemy kąpiele czy to gazowe (obojętna rzecz, czy zawierają żelazo lub nie), morskie, procedury hydropatyczne, zwłaszcza wśród pobytu w miejscach kąpielowych. Zboczyłbym od przedmiotu, wdając się w teoretyczną ocenę tego czynnika leczniczego, faktem jest, że on dobrze działa, lecz i tu są wyjątki, t. j. że kąpieli ciepłych, morskich i silniejszych procedur hydropatycznych nie znoszą chore błednicą dotknięte z więcéj posuniętym typem sercowym, oddziaływając na nie silnem osłabieniem, a nawet omdlewaniami i pogorszeniem ogólnego stanu. Na tę okoliczność przy zalecaniu tego czynnika należy zwrócić uwagę, jak również na nieobliczalny stan nerwowy błednicowych, z którym również rachować się trzeba.

Leczeniu tych przypadów nerwowych kilka słów pragnę poświęcić. Już wyżéj wspomniałem, że należy ich odróżnić dwa rodzaje. Jedne w związku z błednicą będące, drugie odpowiadające histeryi.

Leczenie pierwszych schodzi się z leczeniem błednicy, ponieważ one jednak są dowodem pewnego osłabienia nerwowego, należy zatem w tem leczeniu przepisać taki tryb życia, w którymby pacyjentki były narażone jak najmniéj na silniejsze bodźce nerwowe, a do takich zaliczam więcéj natężającą pracę umysłową, któréj bezwarunkowo zaniechać należy, nieodpowiedni dobór książek, udział męczący i częsty w zebraniach towarzyskich i t. d.

Leczenie drugich schodzi się obok leczenia błednicy z leczeniem histeryi; że tu w pewnych razach potrzeba się posunąć aż do zastosowania leczenia sposobem Weir-Mitchella nie ulega wątpliwości, sam widziałem dobre z tego wyniki, a w ostatnich czasach zwrócił na tę okoliczność szczególniejszą uwagę Dunin [23]).

To są pewne zasady leczenia; zwracając na nie uwagę nie zawiedziemy się w swoistem działaniu żelaza, które w odpowiednich warunkach podane, pozostanie zawsze dzielnym środkiem przeciwko błednicy.

Kończąc na tem, wiem, że daleko jeszcze do wyczerpania przedmiotu, zamiaru tego też nie miałem, a chodziło

mi tylko o podzielenie się z Panami kilku uwagami, jakie mi się nasunęły z biegiem czasu.

Literatura: 1) Haberer: Ueber Chlorose. Aerztl. Mittheil. aus Baden. Jahrg. XXVII. Nr. 11. 2) Pollock: On anaemia. Lancet 1875 August 7. 3) Luton: Une theorie de la chlorose. Bull. de la Soc. de Reims. 1873 Nr. 10. 4) Hösslin: Ueber Hämatin u. Eisenausscheidung bei Chlorose. Münch. med. Wschrft. 1890 Nr. 14. 5) Zander: Zur Lehre von der Aitiologie, Pathogenese u. Therapie der Chlorose. Virch. Archiv. t. 84 s. 177. 6) Reflexions critiques sur l'emplois du fer dans le traitement de la chlorose. Bull. gén. de therap. 1876 Mai. 7) Virchow: Ueber die Chlorose u. die damit zusammenhängenden Anomalien im Gefässapparate etc. Berlin 1872. 8) Buzdygan i Gluziński: Zachowanie się trawienia żołądkowego w różnych postaciach niedokrewności a szczególnie w błednicy oraz kilka uwag leczniczych. Przegl. Lek. 1891 Nr. 34. 9) Korczyński i Jaworski: Klinische Befunde bei Ulcus und Carcinoma, sowie bei Magenblutungen. Deut. med. Wschrft. 1886 Nr. 47—49. 10) Rosenheim: Ueber allgemeine Hyperästhesie der Magenschleimhaut bei Anämie u. Chlorose. Berl. Klin. Wschrft. 1890 str. 741. 11) Bauti: Di un caso d'ematemesi. Lo Sperimmentale 1880. 12) Neusser: Ueber Anämien mit besonderer Berücksichtigung der Differentialdiagnose. Wien. med. Presse 1890 Nr. 6—10. 13) Nothnagel: Ueber Chlorose. Klin. Vortrag. Wien. med. Presse 1891 Nr. 51 i 52. 14) Gerhardt. Lehrbuch der Auscultation u. Percussion 1890. 15) Mollière: De l'élévation de la témperature centrale dans la Chlorose. Lyon méd 1882 Nr. 50 i 1884 Nr. 21. 16) Leclerc: De l'existence fréquente de la fièvre chez les chlorotiques. Paris 1885. 17) Weil: Uber Fieber bei Chlorose Dissert. inaug. Würzburg 1889. 18) Puławski: Błednica z przebiegiem gorączkowym. Gazeta Lek. 1892 Nr. 4. 19) Henry: Pernicious Anemia. Americ. med. news. 1886 July 3 (ref. Jahresb. Virch.). 20) Forchheimer: The relations af Anaemia to Chlorosis. Americ. med. News. 1889 Oct. 19 (ref. Jahresb. Virch.) 21) Immermann: Ziemsens Handb. t. XIII. cz. 2. wyd. 2 str. 343 22) A. Pick. Zur Therapie der Chlorose. Wien. Klin. Wschrft. 1891 Nr. 50. 23) Dunin: Przyczynek do leczenia błednicy. Nowiny Lek. 1892 Nr. 1.

III. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

Bruschettini (Bolonia): **O wydalaniu jadu tężca przez nerki.**

W pracy przed 2 laty ogłoszonéj udowodnił był autor, że krew zwierząt, którym sztucznie zaszczepiono jad tężcowy, posiada silne własności trujące. Nadto wykazał, że nerka (odmiennie od innych narządów jamy brzusznéj) posiada te same własności trujące tak, że wyciąg wodny takiéj nerki wstrzyknięty pod skórę zwierzętom sprowadza objawy tężca. W celu usunięcia nasuwającéj się wątpliwości, czy działanie trujące nerki nie pochodzi od krwi zawartéj w naczyniach, wypuszczał krew z zatrutego jadem tężcowym zwierzęcia i przepłukiwał naczynia 10% rozczynem węglanu sodowego, który to rozczyn, jak z doświadczeń Tizzoniego i Cattaniego wynika, nie wpływa na jad tężca. Wyniki dodatnie otrzymane w tych doświadczeniach naprowadziły autora na myśl, że i mocz zwierząt tężcem dotkniętych posiada własności toksyczne. I rzeczywiście zwierzęta, którym wstrzykiwał pod skórę mocz pochodzący od tężcowych zwierząt, ginęły w krótszym lub dłuższym czasie wśród objawów tężca. W ostatnich czasach miał B. sposobność spostrzegać dwa przypadki tężca u ludzi, którzy wyleczeni zostali antitoksyną Tizzioniego i Cattaniego. W pierwszym przypadku wstrzykiwał B. królikom pod skórę po 10 ctm. sz. moczu zebranego już w dość daleko posuniętym okresie choroby w początku leczenia antitoksyną. Wszystkie zwierzęta mniéj lub więcéj koło dziewiątego dnia okazywały objawy tężca i zginęły. W drugim przypadku wstrzykiwał mocz otrzymany z chorego zaraz w początku choroby, a zwierzęta (myszy i króliki) szczepione tym moczem ginęły wśród gwałtownych objawów tężca w 24—36 godzin. Mocz tego samego osobnika zebrany po 5 dniach po uskutecznieniu już 4 injekcyj antitoksyny, wstrzyknięty zwierzętom w tych samych dawkach co poprzednio, nie wywołał żadnych objawów chorobowych.

Fakty te dowodzą, że jad tężca dostawszy się z ogniska pierwotnego do obiegu krwi, zostaje po największéj części z moczem wydalony, a ma to nietylko znaczenie rozpoznawcze, lecz może także posłużyć do ocenienia osiągniętych skutków leczniczych. (*Deut. med. Wochenschrift* 1892, Nr. 16.) *Dr. Beck.*

Choroby wewnętrzne.

Huzarski: **Kilka słów o leczeniu ostréj niedokrewności wstrzykiwaniami podskórnemi soli kuchennej.**

Autor zestawia dwa przypadki ostréj niedokrewności, powstałéj skutkiem krwotoku macicznego podczas porodu, która w wysokim stopniu zagrażała życiu położnic.

W obu przypadkach środki używane zwykle w celu skrzepienia choréj, podniesienia parcia krwi i wzmożenia akcyi serca nie prowadziły do celu; co chwila występowały mdłości, szum w uszach, uczucie duszności, tętno malało i nikło. W takim stanie rzeczy powziął autor myśl wprowadzenia do krwiobiegu znaczniejszéj ilości 0,6% rozczynu soli kuchennéj. W przypadku pierwszym, nie mając pod ręką odpowiedniego przyrządu do wstrzykiwań podskórnych, wprowadził na razie 1000 Cctm. wspomnianego rozczynu w postaci irrigacyi do kiszki stolcowéj, poczem stan choréj nieco się poprawił; nie na długo jednak, bo już w dwie godziny powróciły dawne przypadłości i wtedy z zachowaniem wszelkich prawideł przeciwpasorzytniczych wstrzyknięto choréj pod skórę, w okolicy łopatek i pośladków 900 Cctm. 0,6% rozczynu soli kuchennéj o ciepłocie 37°C.

Działanie pomyślne uwidoczniło się wkrótce, a choroba w krótkim czasie zakończyła się pomyślnie.

Przypadek 2, bardzo do pierwszego zresztą podobny, różni się tem tylko, że krwotok pojawił się podczas porodu i że aż dwóch injekcyj potrzeba było, aby otrzymać pożądany skutek.

Poród w dalszym ciągu odbył się prawidłowo, a połóg zakłócony był tylko przez wytworzenie się ropni w miejscach, gdzie były robione wstrzykiwania.

Rozbierając daléj odnośne przypadki, przychodzi autor do wniosku, że wstrzykiwania rozczynu soli kuchennéj, należy robić dość wcześnie, dopóki chora posiada jeszcze dość siły, by tak wielką ilość płynu wprowadzonego do naczyń przepchać przez narząd krążenia, a tkanki dość żywotności, by płyn ten mógł uledz wessaniu; to też skutek bywa wątpliwym u osób z lichem sercem i o lichem odżywieniu. Jako dostateczną ilość uważa autor 1000 Cctm. płynu, nawołując jednak do ścisłego przestrzegania antyseptyki, gdyż w takim tylko razie rękoczyn, sam w sobie zresztą prosty i do wykonania łatwy, nie pociąga żadnych złych następstw. (*Kron. lek.* Nr. 4. 1892.) *Dr. L. Korczyński.*

Choroby skórne i weneryczne.

Neumann: **Leczenie kiły wstrzykiwaniami asparaginianu rtęciowego.**

Asparaginian rtęciowy otrzymał pierwszy w r. 1880 Wolff w Strassburgu sposobem bardzo zawiłym, i dopiero Ludwig w Wiedniu uprościł go znacznie. Według Ludwiga należy 1 gr. asparaginy rozpuścić w ciepłéj wodzie, poczem dodaje się dopóty tlenku rtęciowego, aż zostaje pewna część takowego nierozpuszczoną. Ciecz w ten sposób utworzoną należy przesączyć. W dokładnie oznaczonéj ilości téj cieczy, oznacza się za pomocą strącania kw. siarkowodowym lub metodą Ludwiga ilość zawartéj rtęci metalicznéj i następnie rozcięcza się ją wodą do rozczynu 1 lub 2%. Neumann przetworem tym leczył 37 chorych. Wstrzykiwał albo podskórnie między łopatki lub też miąższowo w pośladki jednę strzykawkę Prawaza płynu, który w téj ilości zawiera 0.01 rtęci. Wstrzykiwania powtarzano codziennie; są one mało bolesne, a chorzy bardzo dobrze je znoszą. Czas leczenia trwał przeciętnie 40 dni. Środek ten odznacza się tem, że rtęć przy użyciu go nadzwyczaj szybko ulega wessaniu i przyswojeniu i również szybko wydziela się z moczem. Po dawce 0.01 już po 24 godzinach znajdowano 0·001 rtęci w moczu. (*Wr. med. Blt.* Nr. 9. 1892.) *Dr. Mendelsburg.*

Taylor: **Przyczynek do leczenia poronnego kiły za pomocą wycinania wrzodu pierwotnego.**

W przeciwieństwie do najnowszych ogłoszeń Julliena i Leloira uważa Taylor leczenie poronne kiły za pomocą wycinania wrzodu pierwotnego za zupełnie bezużyteczne.

Przyczyna niepowodzenia tkwi w tem, iż zmiany w naczyniach krwionośnych i limfatycznych w znacznéj odległości od miejsca zaszczepionego już powstały, zanim jeszcze wrzód

można było spostrzedz i że z tego powodu wycięcie nigdy nie bywa doszczętne. Badanie drobnowidowe dwóch przypadków wykazało już we wczesnym okresie bardzo daleko rozwinięte cierpienie.

W jednym przypadku powstało dopiero w 18 dni po zarażeniu na wolnym brzegu napletka małe stwardnienie; pomimo jednak tego, iż cały około $1^1/_2$ cala długi napletek wycięto, nie znaleziono na dnie ograniczonych zmian kiłowych w naczyniach. Zapalenie śródżylne i ożylne jest cechą drobnowidowego obrazu; nadzwyczaj szybkie rozszerzanie się „jadu“ za pośrednictwem naczyń niweczy wszelkie operacyjne usiłowania. W istocie rzeczy otrzymał także Kullnew podobne wyniki. (*Ctbl. f. Chir.* Nr. 3. 1892). *Dr. Skobel.*

IV. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 9 czerwca. Na ostatnim Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich poruszono (ponownie) myśl wydawania archiwu, w którym umieszczone być mogłyby prace lekarskie większych rozmiarów. Myśl ta, zapewne jako niedojrzała jeszcze, nie stała się przedmiotem rozpraw, a sprawę odroczono — *ad feliciora tempora*. Tymczasem redakcyja *Nowin lekarskich* w Nrze 3 z r. b., powołując się na ową myśl, rozwija ją w ten sposób, iż oświadcza się za wydawaniem takiego archiwu w języku niemieckim, na wzór podobnego wydawnictwa w języku niemieckim, jakie podjęli Szwedzi i Węgrzy, i projekt ten swój podają pod sąd Krakowa i Warszawy. Nie uważaliśmy za wskazane wypowiedziec sąd swój w téj mierze, ponieważ ze swéj strony już raz, a mianowicie gdy wniosek o wydawanie archiwu lekarskiego w języku polskim uczyniono na Zjeździe poznańskim, na jednem z posiedzeń ogólnych wystąpiliśmy stanowczo przeciw temu wnioskowi, który też nie utrzymał się. Obecnie zabiera głos redakcyja *Gazety lekarskiej* w Nrze 23, również stanowczo występując przeciw projektowi *Nowin lekarskich*, podając bardzo trafne motywa swego odmiennego zapatrywania i zamiast Szwedów i Węgrów radząc naśladować przykład Czechów, którzy w swoim *Sborniku*, wychodzącym w języku czeskim, po każdéj pracy podają streszczenie w języku francuskim, jako najbardziéj znanym i przystępnym dla lekarzy całego świata. — Zgadzając się w zupełności na te motywa pozwalamy sobie ponowić uwagę, czynioną na Zjeździe poznańskim, a mianowicie, że my oddawna posiadamy już rodzaj archiwu w *Pamiętniku Tow. lek. warszawskiego*, który to organ atoli, przeznaczony właśnie dla większych prac naukowych, liczy bardzo skromną liczbę abonentów; jeżeli więc lekarze polscy czują rzeczywistą potrzebę archiwu, to zamiast robienia nowych prób, wypadałoby tylko poprzeć wychodzący oddawna „Pamiętnik“ licznym abonentem, a wtedy Redakcyja a względnie właściciele „Pamiętnika“ zgodziliby się zapewne na poczynienie w wydawnictwie zmian, jakie większość abonentów uważałyby za potrzebne; tym sposobem mielibyśmy archiw odpowiedni polski bez znacznego nowego nakładu, a z drugiéj strony przez poparcie ogólne oddalibyśmy hołd zasłudze jednego z najdawniejszych naszych wydawnictw. Zdanie to poddajemy pod sąd wszystkich lekarzy polskich, prosząc redakcyj pism lekarskich, jeżeli zgadzają się z tem zdaniem, o łaskawe powtórzenie go.

* Kol. prof. Rydygier donosi nam, że Zjazd chirurgów polskich odbędzie się i w roku bieżącym podobnie jak w poprzednich w polowie lipca, a mianowicie d. 12, 13 i 14 lipca i uprasza Szan. Kolegów o wczesne zgłaszanie odczytów.

* Od Zarządu zdrojowego w Krynicy, otrzymaliśmy następujące uwiadomienie z prośbą o umieszczenie:

„Wysokie c. k. Ministeryjum rolnictwa w Wiedniu przyzwoliło reskryptem z dnia 8 b. m. L. 6477 na bezpłatne udzielanie wód mineralnych Krynickich, o ile na to dozwolone kredyta starczą, do osobistego użytku pp. lekarzy.

Uprasza się przeto tych pp. lekarzy, którzyby zamierzali z tego przyzwolenia korzystać, aby raczyli wnieść podanie za pośrednictwem c. k. Zarządu zdrojowego w Krynicy do c. k. Dyrekcyi dóbr skarbowych we Lwowie, która zastrzega sobie w téj mierze prawo decyzyi“.

* Redakcyja „Pamiętnika Tow. lek. warsz.“ zwraca nam uwagę, że sprawozdania z piśmiennictwa lek. polskiego zamieszcza już od lat czterech, a nie pojawiły się po raz pierwszy w roku ubiegłym, jak to podaliśmy w jednym z Nrów „Przeglądu Lek.“ z r. 1891. Prostujemy więc niniejszem wiadomość przez nas podaną.

* W tygodniu 21-ym (od 22—28 maja) było w Krakowie małżeństw 14, urodzeń 53, skonów 49, z tych z zapalenia płuc 9, z nieżytu żołądka i jelit 7, z gruźlicy 5, z dławca i błonicy 4, z duru brzusznego 3, z duru plamistego 3.

* **Wiadomości uniwersyteckie.** Nadzw. prof. dermatologii w Budapeszcie Dr. Schwimmer mianowany został profesorem zwyczajnym tamże. — Prof. Jakób Moleschott w Rzymie d. 9 sierpnia r. b. obchodzić będzie urodziny swe 70-te. — Prof. Klebs w Zurychu nie przyjął zaproszenia na katedrę w Chicago i przenosi się do Karlsruhe.

* **Zmarli:** We Wiedniu umarł przed paru dniami radzca dworu i profesor psychijatryi Dr. Teodor Meynert. W nim traci Wydział lek. wiedeński jednę z największych swych ozdób, nauki lekarskie wielce zasłużonego badacza tajników mózgu, a w szczególności psychijatryja klinicystę, który naukę o chorobach umysłowych usiłował popchnąć na nowe tory, opierając ją przeważnie na anatomii, a więc nadając jéj podstawę ścisłą. Pierwszorzędny mistrz w anatomii mózgu, rozległe posiadając wykształcenie ogólne a przedewszystkiem filozoficzne, zdawał się być powołanym do posunięcia naprzód psychijatryi nierównie chyżéj, aniżeli to zdołali pierwszorzędni młodéj téj nauki krzewiciele. Niestety z ogromem wiedzy nie szedł w parze dar jasnego wyrażania się ustnego i pisemnego, przez co prace jego odstraszały stylem ciężkim, często wprost niezrozumiałym i dlatego zaufania nie wzbudzały. — Prof. Meynert urodzony d. 15 czerwca 1833 r. nie doczekał się lat 60, i już oddawna złamany był cieleśnie i wyglądał nad swój wiek pomimo silnego ciałotworu. Doznawał w życiu swojem rozmaitych nieszczęść: stracił żonę, któréj wiele miał do zawdzięczenia, stracił syna jedynego, a w ostatnim czasie i córeczkę, a wreszcie ogłuchł na jedno ucho; umarł po kilkudniowéj chorobie z zapalenia płuc. Katedra jego zapewne nie tak prędko doczeka się obsadzenia, ponieważ Wiedeń dotychczas miał dwóch zwyczajnych profesorów psychijatryi, obok ś. p. Meynerta od lat kilku wykłada we Wiedniu psychijatryję i prof. Krafft-Ebing.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 15 czerwca o godzinie 6-téj wieczorem posiedzenie zwyczajne w sali wykładowej prof. Łazarskiego (ul. św. Anny *Coll. physic.*). Porządek dzienny: 1) demonstracyja anatomo patologiczna przez kol. prof. Browicza; 2) kol. Sroczyński przedstawi chorą po operacyi *ptosis congenita* według metody Panasa.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.